REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.
Étranger. . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux; pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Ce numéro contient 32 pages.

2e Année. — N° 8. 1er Mars 1881

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les kystes du larynx

Par le docteur E.-J. Moure. — *Suite* (1)

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement palliatif qui peut simplement obvier au danger immédiat de l'asphyxie, danger exceptionnel du reste ; il consisterait à pratiquer la trachéotomie, pour sauver d'abord la vie du malade et permettre ensuite d'extraire la tumeur, soit par les lèvres de l'incision faite sur la trachée, ou le larynx (laryngotomie), soit par les voies naturelles, procédé généralement adopté.

Les divers traitements employés jusqu'à ce jour ont été la *ponction*, l'*excision* et l'*écrasement*.

Le premier de ces traitements, mentionné dans les observations de M. le professeur Sommmerbrodt, n'est pas suffisant à notre avis pour empêcher dans certains cas, la ré-

(1) Voir le numéro du 1er février.

cidive de la tumeur; les lèvres de la plaie faite à l'aide d'une simple ponction, peuvent en effet se réunir avant l'évacuation complète de la tumeur et occasionner une récidive comme dans l'observation du professeur de Breslau (Observ. V), où l'auteur lui-même avoue que la ponction avait sans doute été insuffisante pour empêcher le liquide de se reproduire. De tous les procédés employés, la ponction peut être considérée comme le plus infidèle, ou plutôt le moins sûr, car jamais on n'a cité de récidive des kystes opérés par les autres moyens, et si l'on se décide à porter un instrument tranchant dans le larynx, il vaudra toujours mieux inciser la poche du néoplasme aussi largement que l'on pourra le faire. Ce deuxième mode de traitement est celui qu'ont employé la plupart des spécialistes, ayant rapporté des observations de productions kystiques dans l'organe vocal, et nous devons même ajouter que les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants; mais, faut-il en conclure que l'excision est le meilleur moyen de détruire ces néoplasmes? Tel n'est pas notre avis; nous pensons que l'*écrasement* de la tumeur pratiquée avec la pince à polype ordinaire (pince écraseur, pince forceps de Mackensie, pince de Fauvel), dont les mors sont armés de dents plus ou moins acérées qui ne laissent pas glisser le néoplasme, une fois saisi entre ses deux branches, suffit, non-seulement pour débarrasser le malade de sa tumeur, mais pour empêcher mieux encore que l'incision de la poche, les récidives de la production morbide.

L'écrasement a sur l'incision plusieurs avantages qui doivent, selon nous, lui faire donner la préférence; en effet, il est difficile d'aller porter un instrument tranchant dans le larynx sans avoir, au préalable, habitué le malade au contact du corps étranger dans cet organe, à l'aide de la sonde laryngienne; or il faut toujours compter un certain nombre de jours pour obtenir la tolérance de l'instrument. De plus, à moins de larynx tout à fait spéciaux ou de tumeur volumineuse, l'incision offre toujours quelques difficultés, si le kyste occupe le tiers antérieur des rubans vocaux ou la partie inférieure de la face laryngée de l'épiglotte. Cet opercule est alors à moitié abaissé sur l'orifice glottique, ne se relevant que pendant les mouvements de phonation, surtout lorsque le malade prononce la voyelle E, et au moment de l'introduction de l'ins-

trument, l'émission de cette voyelle étant à peu près impossible, l'on est obligé d'aller un peu à l'aventure dans la direction de la tumeur, s'exposant ainsi à inciser, soit les cordes vocales, soit les bandes ventriculaires, soit même les replis ary-épiglottiques. Ce n'est pas que les plaies faites sur ces parties de l'organe offrent quelque gravité ; mais elles sont tout au moins inutiles et déterminent une laryngite catarrhale dont il faut attendre la guérison avant de porter de nouveau les instruments dans le larynx (1). On pourrait bien anesthésier l'organe par le procédé de Turck-Schrotter (voir Obser. X) ; mais le malade reculera souvent devant les ennuis et peut-être les dangers de cette opération, que l'on peut du reste éviter en employant le procédé de l'écrasement, qui exige beaucoup moins de précautions opératoires. En effet, on peut avec la pince à polype elle-même, habituer le malade au contact de l'instrument, saisir l'occasion favorable dès qu'elle se présente pour prendre la tumeur entre les mors de la pince et rompre sa paroi, dont on retire généralement quelques débris. Sous l'influence de la pression, l'enveloppe du kyste se déchire d'une façon très irrégulière, le liquide s'échappe au dehors et les lèvres de la plaie restent assez éloignées l'une de l'autre pour que les récidives de la tumeur soient impossibles.

Nous sommes heureux de voir un de nos confrères de Rome, M. le professeur Zawerthal (2), partager notre opinion au sujet de l'écrasement des tumeurs kystiques de l'organe vocal : « Quant au traitement des polypes kystiques du » larynx, dit-il, j'ai employé différentes méthodes suivant » leur siége et leur volume, *mais je me suis très bien trouvé* » *de l'écrasement* de la tumeur avec le polypen-queschter » (pince à polype écraseur) de Schrotter. » Dans les cas où l'épiglotte sera abaissée sur l'orifice de la glotte, ce procédé permettra, une fois le siége et le point d'implantation du néoplasme bien établis, de diriger son instrument du côté où il est situé, et avec un peu d'habileté, de saisir la tumeur pour l'écraser, ou tout au moins déchirer son enveloppe.

(1) Il peut encore se faire qu'au moment où l'on va pratiquer l'incision de la tumeur, le malade soit pris d'une quinte de toux ou fasse un mouvement qui empêche de toucher les points que l'on voulait atteindre.

(2) Lettre particulière du 22 août 1880.

Aussitôt le contenu du kyste évacué, la voix du malade deviendra *subitement* moins rauque et l'on pourra abandonner la maladie aux seules ressources de la nature, ou, ce qui est préférable, cautériser le point d'implantation de la production morbide, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une éponge imbibée d'une solution concentrée de ce caustique (1/5, 1/10), ou d'une solution de chlorure de zinc faite dans les mêmes proportions ; ce dernier caustique a sur le nitrate d'argent, l'avantage de cautériser plus énergiquement les surfaces où on le dépose, et de ne pas déterminer comme la pierre infernale des accès de suffocation, quelquefois effrayants et même dangereux chez certains sujets.

CHAPITRE III

Kystes extra-laryngés.

Kystes de l'épiglotte.

Pour éviter les redites, toujours fastidieuses pour le lecteur, nous allons nous borner à développer dans ce troisième chapitre, les particularités inhérentes aux tumeurs kystiques extra-laryngées et spécialement aux kystes de l'épiglotte. C'est ainsi que pour tout ce qui concerne l'étiologie, nous prierons de se reporter aux causes énoncées dans le premier chapitre, puisqu'elles sont à peu près les mêmes dans les deux cas, et que dans les deux cas, il faut *surtout* invoquer une prédisposition spéciale du sujet à devenir porteur de ces productions morbides.

Age. — D'après les faits signalés jusqu'à ce jour, les kystes de l'épiglotte paraissent se rencontrer à tout âge, et semblent moins rares chez l'enfant que les tumeurs kystiques intra-laryngées, puisque Edis publie un cas de kyste congénital de l'épiglotte, et que celui que nous rapportons est relatif à une petite fille de sept ans et demi ; un des exemples signalés par Schrotter, au contraire, se rapporte à un homme de cinquante-quatre ans. Toutefois il est bien certain que la maladie se rencontre principalement à l'âge adulte, car la plupart de nos observations de kystes extra-laryngés, concernent des sujets ayant atteint l'âge moyen

de la vie. Les seuls cas observés jusqu'à ce jour chez des enfants, se résument à deux dont nous allons rapporter les observations :

OBSERVATION I

Kyste congénital de l'épiglotte.

Présenté par Edis à la Société obstétricale de Londres, séance du 5 janvier 1876. (*In Transac. of the obstetric. societ.* London, 1876, vol. XVIII, p. 2).

Il s'agit d'un enfant du sexe féminin, pesant 8 livres, né le 30 novembre à 9 h. 30 du matin après un travail régulier de huit heures de durée. Dès sa naissance, la respiration fut gênée et ne s'accomplit jamais régulièrement. La poitrine et la gorge, soigneusement examinées, ne permirent de rien trouver d'anormal ; mais il était facile de voir que l'enfant éprouvait une véritable difficulté pour prendre le sein : il dépérit peu à peu et mourut à onze heures du soir, le 1er décembre 1875, juste trente-sept heures et demie après sa naissance.

Après la mort, on constata la présence d'un petit kyste, ayant la grosseur d'un haricot, qui naissait d'un côté du larynx et venait comprimer l'orifice glottique (*Fig. 8*) ; on ne trouva rien autre chose d'anormal.



Fig. 8.

Le docteur Barnes suggéra l'idée de faire le dessin de ce cas véritablement rare, et de le reproduire dans les *Transactions*, idée qui fut également appuyée par le docteur Savage, et le dessin fut exécuté et publié.

C'est ainsi que nous avons pu obtenir la reproduction qui accompagne cette intéressante observation à laquelle il manque peut-être quelques détails sur le point d'implantation exact du néoplasme, son contenu, sa paroi et enfin le degré du rétrécissement laryngien qu'il avait occasionné.

OBSERVATION II *(Personnelle)*.

Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte. Excision, guérison.

(Publiée dans le *Progrès médical*, 18 décembre 1880. — N° 51).

Le 20 novembre 1879, Mlle Anna-Magd..., fut amenée par sa mère à la clinique du docteur Ch. Fauvel, pour des picotements qu'elle éprouvait à l'arrière-gorge et de violentes quintes de toux. Elle nous raconte qu'il y a deux ans, elle a éprouvé, pour la première fois, comme un chatouillement au niveau du larynx, et qu'à dater de cette époque elle a aussi commencé à tousser, sans jamais avoir d'expectoration. La toux était surtout fréquente la nuit, au point de l'empêcher de dormir et de respirer, elle avait de plus un caractère d'intermittence difficile à expliquer; ainsi il arrivait que pendant une période de temps plus ou moins longue, le sommeil était paisible et la petite fille n'éprouvait nullement le besoin de tousser, d'autres fois, les quintes devenaient presque continuelles, l'enfant pouvait à peine se reposer et sa santé ne tardait pas à s'altérer, elle maigrissait à vue d'œil.

La déglutition a toujours été facile, l'enfant n'a jamais eu de régurgitation.

La voix n'était point altérée, elle était haute, criarde, claire et assez timbrée; lorsqu'elle se mettait en colère, survenait parfois une simple quinte de toux.

Après avoir subi divers traitements restés inefficaces, la mère vint nous montrer son enfant. Depuis huit jours, les picotements à l'arrière-gorge ont augmenté, la toux survient par excès sous forme de quintes (toux coqueluchoïde), la petite n'éprouve aucune gêne pour respirer, mais elle a comme d'habitude beaucoup maigri depuis que la toux est revenue; le sommeil est agité, souvent impossible, la malade est un peu chétive, mais son aspect général est bon, elle ne porte aucune trace de lymphatisme exagéré, elle n'est entachée d'aucune diathèse.

Ses antécédents héréditaires sont nuls.

L'examen de la bouche et du pharynx ne révèlent rien d'anormal, mais l'application du miroir laryngien fait constater la présence d'une tumeur uniformément arrondie, ayant environ le volume d'une belle graine de raisin *(Voir fig. 9)*, sa surface

est lisse, unie, brillante, d'une teinte blanc jaunâtre, (cartilagineuse) et l'on aperçoit nettement un petit vaisseau rouge très délicat, qui contourne le centre de la tumeur, envoyant de chaque côté quelques fines ramifications se divisant à leur tour à la surface du néoplasme.

1. — Tumeur épiglottique.
2. — Vaisseau se ramifiant à sa surface.
3. — Épiglotte.
4. — Bord libre de l'épiglotte appliquée sur l'orifice glottique.
5. — Base de la langue.

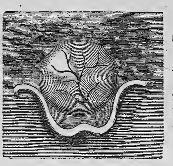


Fig. 9.

Ce dernier est inséré par une large base au-dessus de la partie médiane du ligament glosso-épiglottique, dans l'angle dièdre formé par la base de la langue de la base de l'épiglotte, la muqueuse environnante est rosée et d'aspect normal ; la tumeur comprimant la soupape glottique empêche cette dernière de se relever pendant la phonation, et il est impossible d'apercevoir les cordes vocales ; àpeine si l'on peut voir la partie antérieure des éminences aryténoïdes, qui sont du reste absolument saines.

La palpation avec le doigt, révèle que la tumeur, dont la paroi est fortement tendue, offre cependant une résistance bien nette, et la présence de liquide à l'intérieur paraît incontestable.

La voix de la malade est toujours claire, assez timbrée, la déglutition facile.

Le 4 décembre, le docteur Ch. Fauvel opère la tumeur qu'il excise par sa base avec des ciseaux courbes destinés à cet effet, et aussitôt, s'écoule du néoplasme une petite quantité de liquide citrin, un peu opalescent, qui jaillit dans la bouche de la malade, toute la calotte de la tumeur est enlevée et nous la plaçons aussitôt dans l'alcool pour en faire l'examen histologique.

Le 7 décembre, *sans cautérisation consécutive* de la tumeur, la toux et les autres symptômes ont presque entièrement disparu ; il reste à peine quelques traces de la tumeur.

La malade revient nous voir le 5 janvier 1880 et nous constatons qu'il est *absolument impossible* de reconnaître le point d'implantation du néoplasme, il ne reste aucune cicatrice ; l'épiglotte se relève facilement pendant la phonation et laisse voir les cordes vocales et l'intérieur du larynx, qui sont absolument sains.

La voix de l'enfant, qui n'avait jamais paru altérée parce-qu'elle était claire, est devenue beaucoup plus vibrante; la petite malade éprouve encore la sensation d'un vide à l'arrière-gorge, « il lui manque quelque chose. » La toux et les picotements n'ont plus reparu, en un mot elle est guérie.

Cette observation est un bel exemple du peu d'intensité des symptômes occasionnés par les tumeurs kystiques de l'épiglotte; de simples picotements à l'arrière-gorge, quelques quintes de toux, telles étaient les sensations dont se plaignait la malade; et sans le miroir, il eut été facile de songer à toutes les affections du larynx, sauf à une tumeur de l'organe. Le cas est d'autant plus intéressant qu'il existait chez un enfant de sept ans et demi et que l'affection remontait au moins à deux ans ou même à une époque plus éloignée. Peut-être les kystes, avait-il débuté quelques mois après la naissance, s'étant développé lentement, ne faisant soupçonner sa présence qu'au moment où il avait déjà acquis un certain volume.

Le sexe ne semble pas avoir une influence bien considérable sur la production de cette affection, qui a été observée indistinctement sur les personnes des deux sexes.

Fréquence. Siége. — Les kystes sont beaucoup plus rares sur l'épiglotte que dans l'intérieur du larynx, et si quelques auteurs ont indiqué cet opercule comme étant le siége de prédilection des productions morbides de cette nature (les kystes sont rares dans le larynx, dit Cohen, et occupent généralement l'épiglotte) (1), la plupart des spécialistes qui en ont mentionné quelques cas, supposent que ce sont des lésions bien plus rares que les tumeurs kystiques intra-laryngées particulièrement que celles des cordes vocales. Les kystes du larynx ne sont pas fréquents, dit Beschorner (2), mais ceux de l'épiglotte sont tout à fait rares, car sur un total de 693 polypes laryngés, je n'ai pu en réunir que quatorze cas.

Tobold dit que sur un total de 800 maladies du larynx, il n'a eu qu'un seul cas de tumeur épiglottique (3). Du reste,

(1) Cohen. *Deseases of the throat and nas. passages.* New-York, 1879, p. 536.
(2) Beschorner, *Berlin, Klinick, Wochens*, n° 42, p. 620.
(3) Cité par Schrotter, *in Médiz, Jahrbruch*, XII, *b.* 6 *Heft*, Vienne, 1866, p 188.

pour se convaincre de la rareté de cette affection, il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau statistique que nous avons donné à la fin de ce travail.

Le siége des tumeurs extra-laryngées est généralement l'épiglotte, avons-nous dit, et de préférence la face linguale de cet opercule, mais sans une prédilection marquée pour le centre ou les parties latérales.

Nous rapportons ici une observation publiée par M. Morell-Mackensie, où il s'agit d'une tumeur kystique occupant les deux faces de l'épiglotte, contournant son bord libre du côté droit. (Observat. III).

On a encore signalé la présence de ces tumeurs sur les replis ary-épiglottiques, sur les aryténoïdes droit et gauche (1); en un mot, sur tous les points de la muqueuse du larynx.

OBSERVATION III

Tumeur kystique de l'épiglotte. — Ponction et évacuation — Cautérisation. — Guérison.

Publiée par Morell-Mackensie. — *In growth in the lavynx* p. 181. Observation 85).

M. W...., âgé de vingt-deux ans, vétérinaire, vint à l'hôpital des maladies de la gorge, le 28 juin 1869, pour un peu d'enrouement et une certaine difficulté à la déglutition : Il éprouvait constamment le besoin de débarrasser sa gorge d'un corps étranger dont il ressentait la sensation. La déglutition n'était pas

(1) Dans les 7 *cas de kystes du larynx* que j'ai observés, dit le docteur Schrotter, dans une communication (*Laryngol. mittheil jahresbs der Klin. fur laryng.* Vienne, 1871-73, p. 57), ces lésions n'existaient pas seules, car jamais ils n'étaient assez gros pour donner lieu par eux-mêmes à des symptômes (et la grosseur du kyste est évidemment la principale cause des symptômes qu'ils peuvent provoquer).

Dans 5 *cas*, ils occupaient l'épiglotte, deux fois sa face linguale et trois fois ses bords ; dans les deux premiers cas, la tumeur avait le volume d'un noyau de cerise, pouvant se remuer avec la sonde, et chez un homme de trente-cinq ans, elle fut enlevée avec un crochet et les ciseaux de Tobold ; le contenu était liquide, colloïde.

Dans les deux derniers cas, la tumeur existait chez des femmes de quarante-six et quarante-sept ans, et occupait la surface de l'aryténoïde droit chez l'une, du gauche chez l'autre ; ils avaient tous deux la grosseur d'une graine de chènevis, ballottant sous la sonde ; l'une de ces tumeurs a été opérée, l'autre malade n'est pas revenue, et son observatiou n'a pu être continuée.

douloureuse mais difficile. Les aliments et surtout les liquides faisaient presque toujours fausse route. Sa voix était rauque, et et tous ces symptômes existaient, dit le malade depuis six ans : il était souvent exposé aux mauvais temps.

Au laryngoscope on voyait une énorme tumeur globuleuse, ayant environ le volume d'une cerise (*Voir fig. 10*) et occupant



Fig. 10.

la face linguale de l'épiglotte, cette tumeur contournait le bord libre de cet opercule qu'elle embrassait presque entièrement du côté droit, et se prolongeait jusqu'au milieu de la face laryngée du couvercle glottique.

Quelques jours plus tard, j'ouvris la tumeur avec ma lancette laryngienne, en présence des docteurs Gore, Ring et autres, une matière blanchâtre s'écoula avec un peu de liquide glaireux et du sang, et le 26 juillet il ne restait plus aucune trace ni de la tumeur, ni de l'incision.

(*A suivre.*) Dr E. J. Moure.

Un signe de scrofule,

Par J. Baratoux.

A la séance de la Société médicale des hôpitaux, le 11 janvier dernier, M. le docteur Constantin Paul a voulu appeler, dit-il, l'attention sur un *nouveau signe de scrofule* fourni par le percement des oreilles.

Il a été frappé de ce fait que le percement des oreilles pouvait donner lieu à des phénomènes ultérieurs inhérents à la constitution de l'enfant, ou de l'adulte auquel on pratiquait cette petite opération.

Il a vu survenir chez un membre de sa famille, un eczéma constitutionnel consécutif au percement des oreilles. C'est alors que, frappé de ce phénomène, M. Paul entreprit des recherches sur ce sujet.

Il nous dit n'avoir trouvé que quelques lignes relatives à ce fait, dans le livre de Triquet sur les maladies des oreilles.

Que M. Paul nous permette de lui signaler que dans le traité de Troeltsch, sur les maladies de l'oreille (1), il trouvera à la page 60 les lignes suivantes :

..... D'autres fois, le lobule seul est le siége de la rougeur, du suintement et de croûtes. C'est alors le trou des boucles d'oreilles, dont nous avons parlé, qui est le point de départ de la maladie.

Mais si M. Paul ne veut voir là qu'un eczéma simple, après avoir constaté avec lui que Triquet rapporte dans ses leçons cliniques (deuxième partie, page 1 et suivantes), deux observations (l'une relative à une engelure grave de l'oreille, causée par la perforation du lobule de l'oreille droite, chez une petite fille de sept ans, très lymphatique, et une autre sur un eczéma de l'oreille déterminé par la perforatiou du lobule de l'oreille gauche), nous le prierons d'ouvrir le traité des maladies de l'oreille du docteur Miot, à la page 124, et il pourra y lire que « quelquefois cette perforation (du lobule) insignifiante faite à des enfants scrofuleux, donne l'essor à une maladie qui sommeille. Il peut en résulter une inflammation qui, dans certains cas, sera influencée par la constitution du malade. Il sera prudent de ne pas pratiquer cette opération à des enfants strumeux, chétifs ou qui paraissent disposés à contracter facilement des affections cutanées. »

De même, il pourra lire dans la brochure de Colladon sur l'oreille et la surdité, à la page 57 : « J'ai vu plusieurs fois la perforation du lobule servir de point de départ à des inflammations eczémateuses, qui de là se répandaient sur le visage, ou pénétraient dans le conduit auditif ; aussi faut-il proscrire cette petite opération chez les sujets lymphatiques et strumeux. »

M. le professeur Duplay en dit aussi quelques mots à la page 25 du tome IV de son traité de pathologie externe :

« Cette opération est tellement bénigne qu'on l'abandonne aux soins du bijoutier. Cependant, il faut savoir que chez certains sujets lymphatiques, à peau fine et délicate, la petite opération dont il s'agit peut être l'origine d'accidents sérieux développés sur le pavillon, et capables d'envahir le vi-

(1) Troeltsch. Traduction de Kuhn et Lévi, 1870.

sage. Triquet a insisté sur ce fait et a cité des observations d'inflammations érysipélateuses, eczémateuses, survenues à la suite de la perforation du lobule. Le chirurgien consulté sur l'opportunité de cette opération, devra donc la proscrire chez les sujets scrofuleux, lymphatiques ou manifestement herptiques. »

Dans le traité de Jamain et Terrier (1881), on trouvera que la perforation du lobule de l'oreille peut donner naissance à un érysipèle et à des poussées eczémateuses.

Enfin, M. Gellé, dans le cours qu'il professe à l'École pratique, ne manque pas d'attirer chaque année l'attention de ses auditeurs, non-seulement sur les faits précédents, mais encore sur la fissure du lobule chez les scrofuleux.

Je crois que dans ce cas, le poids de la boucle d'oreille a une certaine importance, comme l'a fait remarquer M. le professeur. Laboulbène ; du reste, dans le traité de Toynbee (1874, page 432), James Hintons, qui y a ajouté un supplément, attribue, avec Knapp, la fissure du lobule à l'usage des boucles d'oreilles trop lourdes.

Cependant, nous ne croyons pas que le poids seul des boucles d'oreilles puisse déterminer une fissure du lobule chez un individu sain. Le lobule pourra augmenter de volume, comme nous l'avons vu aujourd'hui même chez une femme de soixante-dix-neuf ans, qui présentait une perforation du lobule près de sa partie inférieure ; sous l'influence du poids de ses boucles d'oreilles, le lobule a pris un accroissement volumineux ; en effet, il mesure 4 centimètres, mais cette personne, qui a toujours eu une bonne constitution, n'a eu aucun des accidents signalés précédemment, malgré la perforation très basse de son lobule et malgré le poids considérable de ses boucles d'oreilles.

Les chiffres sur lesquels a raisonné le docteur Paul sont importants. Sa recherche sur ce point est très intéressante et il faut le louer d'avoir apporté à la Société médicale un nombre considérable d'observations, qui ne feront pas hésiter à rattacher à la scrofule les faits que cet éminent clinicien a signalés.

J. Baratoux.

Revue Bibliographique.

DE L'OREILLE. — Anatomie normale et comparée, embryologie, développement, physiologie, pathologie, hygiène, pathogénie et traitement de la surdité.

Leçons faites à l'école pratique de la Faculté de Paris, de 1875 à 1880.
Par le docteur GELLÉ (1).

Pendant longtemps, l'étude de l'oreille a été presque complètement négligée en France, car, à part quelques traités et quelques rares thèses sur ce sujet, on peut dire que nous laissions à l'étranger le soin de nous éclairer sur toutes les questions relatives à l'otologie. Mais depuis quelques années, un certain nombre de nos compatriotes ont dirigé leurs études vers cette branche de la médecine, et bientôt une série de publications est venu attester que nous n'avions pas perdu le rang honorable que nous avaient créé dans le monde médical, les Itard, les Triquet, les Ménière, etc.

Parmi les otologistes qui ont le plus contribué à donner l'élan à cette série de travailleurs, il faut citer M. le docteur Gellé, qui par ses nombreuses publications, ses fréquentes communications aux Sociétés savantes, et ses cours si suivis depuis plusieurs années à l'école pratique de la Faculté de médecine, a été un de ceux qui ont pour ainsi dire réhabilité l'oreille, organe si important et cependant si peu connu de la plupart des médecins. Un jour viendra où l'otologie prendra la place qu'elle doit occuper auprès de l'ophthalmologie, car l'oreille est chargée d'une fonction aussi utile (et quelques-uns disent plus utile) que l'œil, avec lequel du reste elle a de nombrenx rapports. Il nous est permis de le croire, car il y a à peine quelques années que celui-ci a pu, pour ainsi dire, entrer dans le cadre nosologique.

Mais afin d'atteindre ce but pour l'oreille, il faut montrer que son étude à l'état sain et à l'état pathologique, est aussi intéressante que celle des autres parties du corps.

(1) A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris 1881.

C'est ce qu'a voulu faire M. Gellé, en résumant dans son livre, un ensemble de faits relatifs à toutes les branches de l'otologie (anatomie, physiologie, pathologie, hygiène, etc.). Un grand nombre de matières que l'auteur expose ont été traitées dans ses cours, les autres ont fait le sujet de communications à l'Académie de médecine et à la Société de Biologie.

Nous analyserons ces divers chapitres, en insistant surtout sur quelques-uns, qui présentent aux cliniciens un intérêt très vif, tant par l'importance du sujet que par leur nouveauté.

I. — Armée territoriale. — *Exemption pour cause de surdité.* — Chapitre important pour le médecin qui est appelé à *donner son avis* dans les conseils de révision, car, de toutes les simulations, celle de la surdité est des plus fréquentes.

Le vrai sourd a une physionomie spéciale; il recherche les rapports sociaux; le faux sourd au contraire exagère, il n'a pas une mimique expressive, et il se laisse deviner par les surprises.

L'épreuve au moyen du tube interauriculaire sera d'un grand secours, car on peut manœuvrer derrière la tête du patient, de sorte qu'il sera facile de prendre en défaut le simulateur (1).

II. — Clinique otologique. — *L'oreille et l'épidémie catarrhale actuelle.* — M. Gellé attire l'attention sur les crises douloureuses nocturnes des jeunes enfants. Il est important de poser un diagnostic certain, dès le début, afin de s'opposer à la suppuration de la caisse, à la perforation du tympan et à la dysecie consécutive, mais surtout aux complications cérébrales; enfin la confusion avec la méningite est ainsi plus facile à éviter.

Otite suppurée dans la pneumonie des enfants. — Ici,

(1) Depuis la publication de cette leçon (1875), M. Gellé a fait à la Société de biologie une communication dans laquelle il a montré que la contraction des peauciers auriculaires, a pour effet de dilater la conque. On comprend donc qu'on puisse rendre très évidente la simulation, si l'on place derrière l'individu un appareil enregistreur, dont l'aiguille indiquera les variations du calibre du conduit, causées par la contraction de ces peauciers chez le simulateur qui, bien qu'il fasse le sourd, s'évertue à bien entendre et dresse l'oreille.

la lésion de l'oreille peut passer inaperçue, et le médecin a toute l'attention portée vers l'affection principale; mais il ne faut pas oublier qu'un délire compliqué de crises de fièvre et de douleur peut mettre sur la voie d'une otite suraiguë survenant dans le cours de la pneumonie.

Une large part est réservée au traitement de toutes les périodes de la maladie.

Vertige auriculaire (1876). — L'auteur, étudiant la pathogénie du vertige auriculaire, nous montre comment nous pouvons supprimer l'orientation au moyen du tube inter-auriculaire. Il est amené ainsi à étudier les mouvements de la tête pendant l'action d'écouter. Comme Flourens, il admet des divisions de l'organe de l'ouïe, même dans ses fonctions : le nerf acoustique est donc un nerf double : nerf de limaçon et nerf de canaux semi-circulaires, celui-là étant le vrai nerf auditif, celui-ci le nerf doué de la faculté d'agir sur la direction des mouvements.

Ce serait l'altération de ce dernier nerf qui causerait les troubles dans la station et l'équilibration.

Suivent quinze observations, tirées de la pratique de l'auteur, et qui nous montrent ainsi les diverses lésions qui peuvent provoquer un trouble de l'équilibre (affections aigues, ramollissement du tympan, congestion hémorrhagique, fongosités).

III. — Hygiène de l'ouïe. — M. Gellé nous donne deux tableaux qui montrent que le chiffre des exemptés du service militaire pour surdité est considérable. Cela tient aux maladies de l'enfance, que malheureusement on néglige trop. Il est ainsi amené à étudier les diverses causes qui agissent en particulier sur l'oreille, tels le froid, le son, la pesanteur, le climat, le sol, l'âge, l'hérédité, la consanguinité, les veilles, l'épuisement, l'alcool, le tabac. Il termine ce chapitre par une étude sur l'éducation de l'oreille et sur l'hygiène des sourds et des sourds-muets.

VI. — Étude des mouvements du tympan au moyen de la méthode graphique. — M. Gellé a consacré un long chapitre à l'étude si intéressante des mouvements du tympan. En effet, comment cette membrane, qui commande à toute la fonction auditive, n'aurait-elle pas attiré l'attention de cet habile observateur.

Après nous avoir décrit les instruments qu'il employait pour

cette recherche (tube à trois branches, dont deux sont reliées aux oreilles et la troisième à un tube aboutissant au tambour de l'appareil enregistreur de Marey), l'auteur étudie d'abord l'influence de la déglutition sur les mouvements tympaniques. A chaque effort de déglutition, on observe un *abaissement graduel, puis un redressement brusque* de la pointe du levier qui inscrit les mouvements de la membrane.

Quand on condense de l'air dans les caisses, le tracé débute par un *crochet ascendant* qui se dirige à l'inverse du précédent.

Si, au contraire il y a raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne, ce que l'on obtient en faisant pincer le nez avant d'avaler, on obtient un crochet divergent, descendant au-dessous de l'axe. Le même effet s'observe quand l'obstacle siége sur le pavillon des trompes et dans le canal lui-même.

M. Gellé, grâce à l'emploi de cette méthode graphique, a pu étudier le bruit de Leudet et l'attribuer à la contraction des muscles peristaphylins.

C'est ainsi qu'il a encore pu vérifier l'état de conservation de l'élasticité de la membrane du tympan. En effet, si après avoir employé le procédé de Valsalva le sujet déglutit, le tympan doit revenir à sa position première, quand la membrane est intacte, c'est que l'on constate par l'inscription d'un *crochet de déglutition*

Pendant l'épreuve de Valsalva, la pointe du levier s'élève brusquement, puis forme un plateau fort court, descend ensuite en formant une ligne légèrement oblique, qui s'arrête presque aussitôt pour courir au-dessus de l'axe en s'en rapprochant lentement et obliquement.

A l'auscultation, le claquement tympanique est perçu au moment même où le trait ascendant s'inscrit.

Chez l'individu sain, l'emploi du procédé de Valsalva augmentant la tension du tympan, amène la diminution de l'ouïe. Au contraire, si la membrane est ramollie, elle s'accole à la partie interne et comprime le nerf auditif; la méthode de Valsalva refoule et tend alors le tympan, faisant ainsi entendre une oreille malade.

Partant de ces données, M. Gellé engage à remplacer l'auscultation avec l'otoscope à trois branches de Politzer, par l'auscultation transauriculaire.

Voici le dispositif de l'expérience : on applique au méat auditif d'une oreille saine, l'extrémité d'un otoscope ; l'autre bout étant adapté à l'oreille de l'observateur.

On pose alors sur le front du sujet la montre ou le diapason en vibration ; on fait exécuter l'effort de Valsalva sur l'oreille saine. Le son du diapason diminue dès que l'air a refoulé la cloison en dehors.

Si l'on repète cette expérience sur l'oreille atteinte de ramollissement, le son du diapason qui primitivement, était à peine entendu par l'observateur, passe dès que le malade a par la méthode de Valsalva, refoulé le tympan en dehors et tendu la cloison.

Dans le cas de raideur du tympan, le tracé graphique reste muet et le claquement tympanique manque ; mais en faisant pénétrer de l'air dans la caisse, le bruit de souffle se manifeste.

Quand la tension et l'immobilité tiennent à une lésion de la cloison, il faut détendre cette membrane en l'incisant. S'il y a déformation par synéchie, il faut rompre les adhérences. Mais quand le tympan est redevenu mobile et que l'air pénètre largement, si l'ouïe n'est pas améliorée et si le manche du marteau reste fixe sans participer aux déplacements de la membrane, il faut faire la section du tendon du tenseur : ce sont là les indications de cette nouvelle opération.

Le maximum de déplacement en dehors, dont le tympan est susceptible par l'épreuve de Valsalva, a été mesuré par M. Gellé au moyen de tracés graphiques ; il a pu ainsi constater que le trait initial s'élevant à 3 millim., avec un levier de 25 cent. de largeur, le tympan subissait un déplacement égal à 1/10 de millim. sans sortir des limites physiologiques.

L'auteur a encore recherché l'influence de la contraction du muscle tenseur sur le tympan ; mais il n'a obtenu qu'un résultat négatif, sur l'enregistreur dont il se sert.

Au contraire, la contraction des peauciers auriculaires, donne un tracé caractéristique. Ce moyen, comme je l'ai dit plus haut, pourra être utilisé pour déjouer la simulation de la surdité

Les mouvements de la mâchoire inférieure peuvent encore agir sur le tracé graphique ; mais il n'en est pas de même de la respiration.

Si le tympan est perforé, sous l'effort de Valsalva on obtient une longue traînée de la pointe de l'aiguille, qui s'en va courir à travers le cylindre enregistreur, à toute volée, d'un coup rapide et sans aucune tendance de retour à la normale.

Dans le rétrécissement des trompes, le tracé indiquera l'entrée progressive de l'air qui, une fois accumulé dans la caisse, y restera quelque temps, pour n'en sortir que fort lentement.

La méthode du docteur Gellé pourra encore servir à constater l'existence de pulsations isochrones au pouls (fongosités, abcès de la caisse, etc.)

Ce chapitre est donc un des plus importants du livre que nous analysons. L'auteur a étudié le tympan non seulement à l'état normal, mais encore à l'état pathologique. Le mode d'explication qu'il nous enseigne, pourra nous servir fréquemment dans les cas où les autres méthodes d'examen seraient insuffisantes. Nous avons vu qu'il a servi de contrôle sûr et précis pour la plupart des signes établis en nosologie auriculaire.

V. — Modifications morphologiques de l'oreille moyenne. — Après avoir donné quelques notions générales sur le mode d'apparition des diverses parties de l'oreille dans la série des vertébrés, M. Gellé nous apprend qu'à mesure que l'on monte dans l'échelle des êtres, on voit le manche du marteau diminuer de longueur, tandis que la branche descendante de l'enclume se développe. Des modifications analogues peuvent être constatées du côté des muscles de l'oreille moyenne.

VI. — Le phénomène et l'écoulement au dehors, par le conduit auditif externe, des ondes sonores venues du crane. — De cette étude, l'auteur a conclu que le renforcement du son par suite de l'occlusion du méat auditif peut reconnaître pour cause : 1° une pression sur le tympan amenant une tension plus accusée de tout l'appareil; 2° la résonnance du conduit et l'obstacle à l'écoulement au dehors des ondes sonores.

VII. — La métallo-thérapie dans la surdité hystérique. — C'est en étudiant la portée auditive chez les hystériques, que M. Gellé a découvert le phénomène si curieux du *trans-*

fert du côté sain au côté malade d'une partie de la sensibilité, sous l'influence des applications métalliques, faites suivant la méthode du docteur Burcq, ou des courants équivalents, comme l'ont démontré les expériences de Charcot, Regnart et Dumonpallier.

VIII. — De la circulation de l'air dans la caisse du tympan, a propos du mémoire du docteur Lœvenberg sur l'introduction d'un gaz irrespirable dans la caisse du tympan. — Dans les cas de raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne, le docteur Lœvenberg a proposé l'injection d'un gaz inabsorbable (hydrogène, air respiré). Son travail est basé sur la persistance d'une certaine perméabilité des trompes, malgré les signes déclarés d'une obstruction ; l'échange de l'air entre la caisse et les fosses nasales étant alors impossible, dit M. Lœvenberg. M. Gellé se demande si la diminution du calibre de la trompe peut, à elle seule, occasionner ces désordres ? il suffit qu'à ce rétrécissement vienne s'adjoindre une altération plus sérieuse, le ramollissement, l'épaississement, la vascularisation du tissu membraneux de la cloison tympanique. Celle-ci a perdu son jeu ; elle est inerte, elle cède à l'aspiration énergique des muscles tubaires, et bientôt elle vient au contact de la paroi interne de la caisse. La fonction de la membrane n'a plus lieu, le tympan s'enfonce peu à peu, en comprimant en même temps le labyrinthe. L'importance thérapeutique de la douche d'air se fait sentir ; peu importe la qualité du gaz injecté.

IX. — Du cathétérisme de la trompe d'Eustache : *Nouveau point de repère et procédé de l'auteur.* — Après avoir passé rapidement en revue les principaux procédés de cathétérisme, employés par les otologistes, l'auteur propose un repère extérieur très visible et très accessible qui puisse faciliter l'introduction de la sonde. Son premier point de repère est l'épine nasale antérieure et inférieure, et son second, la saillie osseuse arrondie d'où naît l'arcade zygmatique. En effet, l'orifice de la trompe d'Eustache est situé sur le même plan transversal que la racine transverse de l'aphyse zygomatique qui donne ainsi le moyen de mesurer du dehors la distance à parcourir sur le malade, dans l'intérieur de ses narines pour atteindre l'orifice de la trompe. On introduit alors le cathéter d'une longueur égale à celle que mesure la distance du tubercule osseux de l'aphoyse zygomatique à l'épine

nasale antérieure et inférieure. Ceci connu, l'auteur expose son procédé qu'il exécute en trois temps :

Dans le premier, il introduit la sonde dans les narines le long de la saillie du cornet inférieur, et dans le plan vertical antéro-postérieur.

Dans le second temps, l'auteur glisse la sonde jusqu'au point de repère qu'il a marqué sur son instrument.

Dans le dernier temps, il porte l'œillet-mère du cathéter du côté de l'oreille en examen, de manière à porter le bec en haut et en dehors, d'un quart de cent. dans l'infundibulum de la trompe, où une légère poussée l'engage.

Tel est le nouveau procédé proposé par M. Gellé.

X. — L'oreille étudiée au point de vue de l'anthropologie. — M. Gellé a étudié l'organe de l'ouïe dans la série des vertèbrés. Il a vu que si une cavité annexe de la fonction principale, l'audition, disparaissait, la caisse auriculaire subissait un accroissement proportionnel. En général, les parties fondamentales de l'oreille (tympan, osselets et leurs muscles) restent permanents dans leurs formes et immuables dans leurs rapports, il n'en est pas de même pour la cavité de ses parois, quand l'animal doit vivre à l'abri de l'air pendant un certain temps, on le trouve doté d'une cavité auriculaire moyenne des plus amples, tels les squales, les baleines et les taupes.

Les carnassiers possèdent comme caisse, une bulle ovoïde, ampullaire, saillante au-dessous du crâne ; ils n'ont pas d'apohyse mastoïde.

Les chauves-souris, les édentés, les makis ont aussi une caisse en forme de bulle.

On ne voit apparaître l'apohyse mastoïde que chez les singes anthropoïdes.

Ce qui différencie l'oreille du singe de celle de l'homme, c'est que chez celui-ci, la face inférieure du rocher présente une dépression, des trous, un os aigu et tailladé ; tandis que chez celui-là elle n'offre qu'une saillie olivaire.

L'apohyse mastoïde ne se rencontre que chez les bipèdes, car elle est destinée à accroître le volume d'air renfermé dans l'oreille moyenne ; mais de plus c'est l'extrémité mobile du levier de la rotation de la tête, dans l'orientation : on con-

çoit son rapport avec la station bipède, qui est le propre de l'homme.

XI. — Du bruit objectif de Leudet. — Ce bruit, que Leudet attribue à la contraction du muscle tenseur tympanique, a déjà été étudié plus haut par M. Gellé, dans le chapitre consacré à la méthode graphique.

Chaque fois que nous avalons notre salive ou le bol alimentaire, il se fait un bruit de déglutition, et en même temps, un claquement plus léger que chacun rapporte à la partie externe de l'oreille.

Est-ce le décollement des parois tubaires qui cause ce bruit, est-ce la vibration de la cloison qui oscille? telle est la question posée par l'auteur. Après avoir rapidement analysé l'opinion de ses devanciers, le docteur Gellé donne le résultat de l'examen *de visu* qu'il a fait sur plusieurs sujets. Il attribue ce bruit à la contraction des péristaphylins, et au décolement des parois tubaires.

XII. — Des applications a la médecine du téléphone et du microphone. — Etude d'actualité et pleine d'intérêt. Ce chapitre rentrant plutôt dans le cadre de la médecine générale. Nous ne signalerons que la modification qu'a apportée M. Gellé au microphone de Gaiffe « en adaptant à la planche support un bouton articulé, susceptible de s'appliquer sur le malade debout ou couché, cette avance solide fait corps avec l'appareil et transmet le bruit né d'un point limité du corps, d'une région facilement circonscrite. On évite donc ainsi la multiplicité des bruits, de sources différentes en restreignant les surfaces en contact. »

XIII. — Des tumeurs pulsatiles de la caisse du tympan. — Depuis Wilde, la vue d'une pulsation au fond du conduit auditif signale une perforation du tympan, cependant on rencontre des exceptions à cette règle : c'est ainsi que le docteur Weir, de New-York, a publié deux observations de tumeurs vasculaires intra tympaniques, avec pulsation de la cloison restée intacte. Ces observations ont été le point de départ de M. Gellé, qui, après avoir donné le compte-rendu du travail des médecins américains, entre à ce sujet dans quelques détails intéressants. Il rapporte le cas d'un homme qui avait des battements non visibles à l'œil nu, et que l'endotoscope rendit manifestes (l'endotoscope est une sorte de

manomètre présenté à l'Académie de médecine en 1868, et analogue au manomètre de Politzer).

XIV. — Étude expérimentale sur les fonctions de la trompe d'Eustache.— Il y a quelques mois, le docteur Fournié présentait à l'Académie de médecine un travail sur ce sujet.

Les idées émises par ce dernier auteur, étaient en contradiction complète, non-seulement avec toutes les opinions anciennes, mais encore avec celles qu'ont soutenues récemment les otologistes français et leurs collègues de l'étranger.

M. Gellé a résumé dans sa communication à l'Académie, toutes les preuves qu'ont accumulées ses devanciers, de plus, il a apporté à sa thèse quelques nouvelles expériences, celles du tympanoscope et celles relatives à la mesure de la pression nécessaire, pour que l'eau introduite dans la cavité tympanique soit chassée dans le pharynx, chez le chien et sur les pièces d'homme adulte. Rappelons enfin qu'au moyen des tracés graphiques, il a pu montrer que contrairement à l'opinion émise par M. Fournié, la trompe était fermée à l'état de repos et ouverte au moment de la déglutition.

XV. — Des fonctions du limaçon dans l'audition. — Enfin, dans un dernier chapitre, un des plus intéressants du livre, M. Gellé a étudié expérimentalement quel était le rôle du limaçon dans les fonctions de l'audition. Ces expériences, très intéressantes, ont été couronnées de succès, car l'auteur a pu mener son travail à bonne fin. Comme c'est une question capitale pour les otologistes, les lecteurs me permettront de leur rappeler, en quelques mots, les résultats de chacune des expériences faites par l'auteur au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris.

Mais avant d'entrer dans le détail de ces expériences, il ne sera pas sans intérêt de rapporter l'opinion récemment émise par M. Mathias Duval sur le nerf acoustique.

En effet, d'après les recherches de ce savant professeur, on sait aujourd'hui que ce nerf est composé de deux fibres; dont les unes vont se terminer dans les ampoules des canaux semi circulaires et les autres dans le limaçon, l'utricule et le sacule.

On sait aussi, depuis les fameuses expériences de Flourens, que les lésions des canaux semi-circulaires amènent des troubles de l'équilibre.

M. Gellé, partant de ces données, s'est demandé si la destruction du limaçon amènerait des troubles de l'équilibre, comme celle des canaux, ou une disparition de l'ouïe.

Profitant d'une disposition spéciale de l'oreille du cobaye, il a entrepris une série d'expériences.

Dans la première, il détruit le limaçon d'un cobaye. A la suite de cette opération, celui-ci n'éprouve aucun trouble de locomotion, ni d'équilibration.

La fonction du nerf auditif qui s'épanouit sur la lamelle spéciale du limaçon possède donc des propriétés tout autres que celle qui se distribue aux canaux demi-circulaires.

Deuxième expérience. — Destruction des deux cochlées d'un cobaye adulte. L'examen de l'audition a montré que l'animal entendait encore très nettement. Cette conservation de l'audition s'explique par l'intégrité de l'utricule et du saccule, non atteints dans l'opération. L'autopsie a démontré que la première rampe de l'un des limaçons n'était pas complètement détruite.

Troisième expérience. — Un cobaye est privé de ses deux limaçons. Il ne tarde pas à devenir totalement sourd, mais il ne présente aucune convulsion caractéristique deslésions des canaux semi-circulaires.

« On peut donc conclure de ces expériences que la lésion des limaçons ne cause aucun trouble de mouvements, mais que le destruction n'entraîne pas la surdité immédiate. Ils ne sont donc point l'organe spécial et unique de l'audition. Or, le vestitule contient le saccule et l'utricule ; quelle part revient à chacun d'eux dans la conservation de la fonction auditive? L'autopsie du dernier cobaye nous permettra peut-être d'éclairer ce broblème. »

L'aperçu que nous venons de donner permettra, nous l'espérons, de faire apprécier à sa juste valeur le livre que vient de publier un de nos plus savants otologistes. Il sera nécessaire non-seulement aux spécialistes, qui y trouvent des faits nouveaux et de nouvelles méthodes d'examen, mais encore aux encyclopédistes qui nous permettront de leur recommander les chapitres relatifs à l'examen de l'oreille dans les conseils de révision, à la métallo-thérapie dans la surdité hystérique, et aux applications à la médecine du téléphone et du microphone, moyens d'explorations appelés à un grand avenir.

Extraction d'un polype de la trachée par les voies naturelles. — (*Removal of a tracheal neoplasm, by operation, through the natural passages*).

Par le professeur Carlo Labus (de Milan) (1).

Il n'existe dans la science que deux cas de tumeurs trachéales, dont l'extraction fut tentée par les voies naturelles. Le premier, bien connu, est celui de Schrötter dans lequel cet auteur après avoir essayé, mais en vain, d'extraire la tumeur avec la pince laryngée, eut recours à une injection interstitielle de chlorure de zinc, et, plus tard aux cautérisations galvaniques puis de nouveau au chlorure de zinc, sans pouvoir éviter les récidives; le second cas, également rapporté par Schrötter, est celui d'un enfant de neuf ans atteint de sarcome de la trachée, qui succomba avant d'être opéré.

Dans l'observation rapportée par le docteur Labus, il s'agit d'un garçon de treize ans, exempt de tout antécédent héréditaire, qui depuis trois ans travaillait dans une manufacture de coton. Pendant deux ans il jouit d'une parfaite santé; mais la troisième année il commença à tousser, et peu après à éprouver une véritable difficulté pour respirer.

Le 20 janvier il rentre au grand hôpital, dans le service des maladies de la gorge; à ce moment il est pâle, émacié; au repos la respiration est assez calme, mais dès qu'il fait le moindre exercice, il éprouve une violente dyspnée, accompagnée de tirage. Il respire plus facilement en portant la tête un peu en avant. Il existe également une toux rauque, continuelle, se présentant sous forme d'accès. La voix est sonore, bien timbrée.

La percussion et l'auscultation ne donnent aucun résultat. Les appareils digestifs et circulatoires ne mettent pas sur la voie du diagnostic.

A l'examen laryngoscopique, le larynx est normal, mais au moment de l'inspiration on aperçoit au-dessous des cordes vocales, une tumeur bosselée, rougeâtre, interceptant en grande partie la lumière du conduit aérien, sauf au niveau de la partie antérieure; cette tumeur est immobile pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration.

Le docteur Labus ayant montré la tumeur aux docteurs Frua, Margary, Biardi (de Turin) et Salomoni (de Crémone),

(1) *Extrait des archives de laryngologie*, (vol. 1, n° 3, 1880.)

essaya de l'extraire à l'aide de la pince de Turck, dont les branches recourbées mesuraient 0,08 cent. ; passant alors au-dessous des cordes vocales, sans avoir habitué le malade au passage de l'instrument, il put saisir le néoplasme et l'extraire presque en totalité. Il s'écoula une petite quantité de sang, et la respiration redevint libre aussitôt. Le 1er février, le malade quittait l'hôpital, guéri.

L'examen microscopique du néoplasme pratiqué par le docteur Baiardi, montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

J. Baratoux.

Revue de la Presse

Nez celluloïde pour remplacer les insuccès de la rhinoplastie. — Le docteur Blumm (Brayer aerztl. int-Blatt. 1880), vient de faire modeler récemment un nez celluloïde, pour un malade dont cet organe avait été détruit par un lupus. La rhinoplastie ayant échoué, les narines furent maintenues béantes à l'aide de plumes d'oie. Un modeleur de Paris lui fit d'abord un nez en cire, qui fut ensuite remplacé par un organe en celluloïde. Deux crochets fixaient ce dernier à une paire de lunettes. On le nettoie deux fois par jour, et il occasionne si peu de gêne, que le malade le garde même la nuit. (*Mémorabilien* 31. *August.* 1880. New-Yorck. *Med. Rec.* Décembre 1880, nº 26 p. 710.)

Résection du larynx dans les cas de rétrécissements de cet organe, par M. P. Bruns. — Suivant leur nature, leur ancienneté, leur degré, les rétrécissements du larynx sont justiciables de traitements fort différents. La dilatation progressive suffit généralement, même dans les cas graves où le conduit laryngien est le siége d'un rétrécissement cylindrique, comme cela arrive après les périchondrites de la fièvre typhoïde. Mais, pour arriver à un résultat, cette méthode exige une grande patience de la part du chirurgien, beaucoup de force morale de la part du malade.

L'auteur pratique de préférence la laryngotomie externe, et, dans les cas graves, la résection de toute la partie antérieure des cartilages du larynx.

Dans la gouttière postérieure ainsi formée, il laisse à demeure une canule du calibre voulu ; car attendre la cicatrisation avant de mettre la canule, est s'exposer à de grands mécomptes, cette opération est l'analogue de l'uréthrotomie interne.

Deux reproches peuvent être faits à cette manière de faire ; ce sont : 1° la perte de la phonation, mais dans les cas où l'on pratique cette opération, la voix est déjà perdue depuis longtemps ; 2° l'introduction de la canule empêche toute guérison ; mais il peut se faire qu'à un moment donné la dilatation persiste sans le secours de la canule (Berlin, *Klinik Wochnsch*, n°s 38 et 39, 1880).

Corps étrangers des fosses nasales. — M. Jorisenne (de Liége), expose dans le *Bulletin de thérapeutique*, un moyen très utile pour l'extraction des corps étrangers des fosses nasales.

On a conseillé plusieurs méthodes (expiration forcée, pinces, etc.) M. Jorisenne préfère les douches de Weber, faites soit avec une seringue, un irrigateur-Éguisier ou un siphon ; la canule devra être placée dans la narine opposée à celle qui contient le corps étranger.

Comme il n'est pas besoin d'une forte pression, pour faire passer le liquide d'une narine dans l'autre, on commencera l'injection avec douceur. On usera avec avantage de l'eau salée, l'eau pure irritant un peu les surfaces muqueuses. Si l'on craignait la pression sur les tympans, il suffirait de faire boucher les méats des patients avec les doigts. *(Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, janvier 1881. p. 23.)

Fonctions du voile du palais et du pharynx. — Le docteur Falkson, de Kœnigsberg (*Virchow's archiv.* vol. LXXI, p. 477, 1880) a eu occasion d'étudier ces fonctions chez un malade dont l'espace naso-pharyngien étaient visible à la suite d'une opération pratiquée sur la cavité orbitaire. Le voile du palais et la partie supérieure du pharynx remuent toujours pendant la phonation, la déglutition, la toux et les inspirations profondes. Le voile palatin sert à l'articulation, et s'élève pendant la prononciation de certains mots ou lettres. Il s'élève davantage pour les voyelles *i* et *u* que pour l'*é* et l'*o* et à peine pour l'*a*. La phonation à voix basse ou à haute voix ne produit aucune modification. Falkson pense avec Voltolini que le timbre nasonné de la voix, est

indépendant du degré de clôture de l'espace naso-pharyngien par le voile du palais. Ce dernier prend une part peu active à la respiration. Le ronflement, au contraire, s'accompagne d'nn tremblement de la luette, et des piliers postérieurs.

Enfin, pendant la déglutition, l'espace naso-pharyngien est complètement fermé. *(Schmidt's Jahrb.* vol. CLXXXVII, 27 septembre 1880, et New-York, *Méd, rec.*, 15 juin 1881, p. 71).

Argyrisme à la suite d'applications répétées de nitrate d'argent sur le pharynx. — Une femme âgée de quarante-six ans, présentait une coloration bleuâtre des téguments à la suite de cautérisations fréquentes du pharynx avec la pierre infernale. Le docteur Krishaber avait déjà mentionné un cas analogue, et un second a été publié, en 1862, dans la *Gazette Médica Italiana*.

L'absorption peut se faire par les points de la muqueuse, où est appliqué le caustique, et surtout par le conduit alimentaire où tombent les débris cautérisés (New-York *Med. rec.*, 29 janvier 1881, p. 121).

Congrès international de médecine.

Londres, août 1881.

SECTION. — DES MALADIES DE LA GORGE.

Dr GEORGE JOHNSON, F. R. S., président.

Dr F. DE HAVILLAND HALL ; — Dr FELIX SEMON ; — Dr THOMAS JAMES WALKER, Secrétaires.

Monsieur et très honoré confrère,

C'est avec grand plaisir que nous venons vous informer que la formation d'un département pour les maladies de la gorge, comme sous-section de la section de médecine, a donné une satisfaction générale, et que le nombre et l'importance individuelle des adhésions, reçues jusqu'à ce moment, porte à croire que le succès en sera complet.

Parmi les cinquante-cinq médecins qui nous ont fait connaître leur intention de prendre part à nos discussions se trouvent les premiers représentants de notre science.

Le programme que nous avons proposé au mois de novembre dernier a été reçu favorablement. Des 63 réponses à notre circulaire, 53 expriment ou leur adhésion, ou nous la font croire par

leur silence ; seulement 10 lettres nous conseillent des changements, faisant 20 propositions nouvelles.

En considération que cinq-sixièmes de nos correspondants ont approuvé nos propositions, nous ne croyons pas être justifiés d'y faire des changements, surtout si nous considérons que toutes ces propositions nouvelles varient les unes des autres, prouvant par ceci même qu'aucun sujet a été omis de notre liste, qui devrait faire partie de nos discussions.

Sous ces circonstances, nous le croyons notre devoir d'adhérer à notre première liste, qui, maintenant, peut être considérée définitive. Il nous sera très agréable de recevoir des contributions ayant rapport à ces sujets.

En même temps, nous tenons à constater que ce programme *n'est pas exclusif*, et nous prions non-seulement les messieurs qui ont eu la bonté de nous aider par leurs conseils, mais tous nos confrères, qui ont l'intention de prendre part à notre réunion, de faire des communications sur les questions auxquelles ils attachent une importance spéciale et qui ne forment pas partie de notre programme en forme de communications indépendantes.

Comme il est probable qu'un grand intérêt soit pris dans quelques-unes des questions de notre programme, il est à désirer que ces messieurs, qui voudraient prendre part à la discussion d'un sujet spécial, fassent connaître leur intention *avant le commencement du Congrès* aux secrétaires, afin de faciliter les arrangements nécessaires.

Selon l'article VIII du règlement du Congrès, nous avons fait des arrangements pour que chaque question du programme proposé soit introduite par des membres (choisis d'avance par le Comité), dont les observations serviront de base aux discussions. Nous ajoutons la liste définitive contenant les noms des messieurs qui ont consenti de faire les discours introductoires. Les places auxquelles nous n'avons pas encore ajouté un nom et qui sont marquées *, sont réservées pour quelques-uns de nos confrères Américains dont la réponse ne nous est pas encore parvenue :

1. — *Du traitement local de la diphthérie*, Dr Morell-Mackenzie (Londres) et Dr Tobold (Berlin).

2. — *La pathologie de la phthisie laryngée.* Prof. Krishaber (Paris) et Prof. Waldenburg (Berlin).

3. — *Les symptômes laryngoscopiques résultant des blessures ou des maladies des nerfs moteurs du larynx.* Prof. Gerhardt (Wurtzbourg) et *

4. — *Des névroses de sensation du pharynx et du larynx.* Prof. Schnitzler (Vienne) et *

5. — *Les indications pour le traitement extra ou intra-laryngé des polypes du larynx.* Dr Fauvel (Paris) et Prof. Burow (Königsberg).

6. — *Les résultats du traitement mécanique des sténoses laryngées.* Dr Paul Koch (Luxembourg) et Dr Hering (Varsovie).

7. — *Les indications pour l'extirpation entière ou partielle du larynx.* Dr Foulis (Glasgow) et Dr Schech (Munich).

8. — *La méthode galvanocaustique dans le nez, le pharynx et le larynx.* Prof. Voltolini (Breslau) et *

9. — *Les végétations adénoïdes dans la voûte du pharynx.* Dr W. Meyer (Copenhague) et Dr Loewenberg (Paris).

10. — *La nature et le traitement de l'ozène.* Dr B. Fränkel (Berlin) et Dr Fournié (Paris).

Pendant la durée du Congrès, l'occasion sera donnée pour la démonstration des malades, des préparations anatomiques, des instruments et appareils nouveaux, des nouvelles méthodes d'illumination, etc.

Toutes les communications ayant rapport à la sous-section doivent être adressées à

M. le docteur Félix Semon,
59, Welbeck Street,
London, W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses soutenues durant l'année 1880-81.

FACULTÉ DE PARIS

Martin. — *De l'ozène et de son traitement.*
Martin (Alfred). — *De l'ozène vrai.*
Tessier. — *Syphilis et tuberculose dans le larynx.*

Presse française

Ostéite naso-crânienne suivie de méningo-encéphalite et de mort, par le Dr Barthélemy. *(France méd.,* 25 janvier 1881).

Vaso-dilatateurs de l'oreille, par Dastre et Morat. *(Progrès méd.,* 5 février 1881, nº 6).

Cancer du larynx, trachéotomie, par MM. Gibier et Meunier, internes des hôpitaux. *(Gaz. des hôpit.,* 8 février 1881).

Papillomes du larynx, chez une petite fille, par le Dr Verneulil. *(Gaz. des hôp.,* 8 février 1881).

Otite moyenne aiguë, abcès mastoïdien, guérison, par le Dr E.-J. Moure. *(Journ. de méd. de Bordeaux,* 6 février 1881, nº 28).

Presse étrangère

Surdité grave due à une otite moyenne sclérémateuse avec ankylose de la chaîne des osselets, traitée avec succès par les courants induits, par le Dr Luis Sune y Molisi. (*Clinica de Malaga,* 31 janvier 1881, nº 13, p. 410).

Traitement de la laryngite aiguë et chronique, par le Dr F. Semon (*Brit. med. journ.* 1880, nº 995, et *Le Scalpel,* 23 janvier 1881, nº 30).

Des troubles de l'ouïe dans le mal de Bright., par le Dr Gurovitsch *d'Odessa* (*Berl.Klin. Wochens,* 18 octobre 1880, et *New-York méd. rec.,* 22 janvier 1881, p. 97).

Une cause de dyphtérie. (*New-York, Méd. rec.,* 22 janv. 1881, p. 100).

SOMMAIRE DES ARCHIVES D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE
(vol. III, nº 1, janvier 1881).

Sur un phénomène acoustique, perçu avec le tube de Crooke, par le Dr Charles-R. Cross, p. 1. — *Embryogénie,* par David Hunt. M. D., p. 3. — *Des perforations de la portion flaccide de la membrane du tympan, maladies du tympan, symptômes et traitement,* par Ch. H. Burnett. M. D., p. 12. — *Caries mortelles de l'apophyse mastoïde,* par Charles-S. Rodman, M. D. et John Green, M. D., p. 20. — *Corps étrangers du conduit auditif externe,* par Francis-H. Brown. M. D., p. 29. — *Perfectionnement du miroir pour la gorge et les oreilles,* par Oren D., Pomeroy, M. D., p. 35.

SOMMAIRE DES ARCHIVES DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE.
(Vol. I, nº 4. 30 décembre 1880).

Des malformations de l'œsophage, par le Dr Morell-Mackensie, p. 301. — *Notes sur la trachéotomie,* par David Foulis, M. D., p. 316. — *De la laryngosténose syphilitique, avec deux observations de malades opérés à l'aide du couteau dilatateur,* par Mac-Neil Whistler, M. D., p. 322. — *Myxome du ventricule droit, expulsion spontanée,* par Clinton Wagner, p. 332. — *Des amygdales, de leur anatomie,* par Bryson Delavan, M. D., p. 337. *Syphilis et tuberculose de la gorge,* par Ephraïm Cutter, M. D., p. 342. — *Erysipèle du larynx,* par W. Porter, M. D., p. 354.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.